

痛みと癒しの相関：健康概念を問いなおすために

著者	吉田, 李佳
雑誌名	熊本大学社会文化研究
巻	3
ページ	349-370
発行年	2005-03-31
その他の言語のタイトル	Korrelation von Schmerz und Heil(ung) : Fur eine Hinterfragung des Gesundheitsbegriffs
URL	http://hdl.handle.net/2298/2861

痛みと癒しの相関 — 健康概念を問いなおすために —

吉 田 李 佳

序

現代社会においては、高齢化や疾病構造の変化が急速に進行し、精神的な病も含め、病気や障害を抱えて生きる生が既に一般化しつつある。これは現代の工業先進諸国に共通の社会現象である。この現状の中で、医療は従来の自然科学的、機械論的な疾病観や方法論を超え、更に QOL の向上を目指す立場をも乗り越えて、病む人の生全体を、その完成ないし成熟に向かって援助しようとする立場への転換を迫られている¹⁾。

医療は元来、病む人の生を健康な生へと援助することを目指すものである。しかし、医療が健康を人間にとって自明の価値とし、それに向かう営みである以上、その内部においては、健康や癒しの原理自体は問われ得ない²⁾。そもそも、先端医療の発展と個々人の置かれている現実の状況に見出されるディレンマの本質は、人間にとって病とは何か、また健康とは何かという、いわば医療の枠組みそのものに関わる問題である。英米では、従来の自然科学的医学では対応しがたい問題があまりにも多いことに気づき始めた1970年代から、医療に関する社会科学や人文科学が発展し、近年では、医学が社会学や心理学、人類学、哲学、宗教学など人間科学諸分野と連携して、健康や病、治癒という概念に関する学際的な共通認識を得ようとする動きが顕著である³⁾。日本でも、1978年に WHO が発表した「キュアからケアへ」のスローガンを受ける形で⁴⁾、高度に機械化した近代的医療にケア的な関わりを取り戻すための新たな医療の形が模索され始め、ホスピスや緩和医療への積極的な取り組みが行政的にも進められつつあるが⁵⁾、人間科学及び社会科学の諸分野との対話が諸外国ほどには進んでいないのが現状のようである。

先端医療における生命科学の知見や医療技術は格段の進歩を遂げているにも拘らず、現代人は必ずしもかつての人々よりも健康を謳歌しているとは言えない⁶⁾。工業先進諸国においては、近代医療への過度の依存⁷⁾が進む一方で、各種の健康法や健康食品が次々にブームを呼び、あるいはさまざまな代替医療に衆目が集まる等、「ヘルシズム」と呼ばれるような社会現象が生じている。健康や癒しへの関心がこれほどに高まっていること自体、一つの社会病理と見なされ得るかもしれない⁸⁾。というのも、ヘルシズムの背後には、快適さや安楽さに絶対的価値を置く発想があり、それは、生産性や生活水準の向上を追求し続けてきた近代以降の社会の必然的帰結であると思われるからである⁹⁾。

現代人は、かつての時代に比べて格段の快適さを謳歌している。しかし、生にはそもそも構造的に苦しみを経験も組み込まれている。それゆえ、真に問われるべきは、老・病・死に代表される苦の経験を含んだものとしての生を「いかによく生きるか」ということであるはずである。人間は、単に快を享楽するだけでは真に充足することはできない。それは、我々がそれなりに快適な日常を生きつつ

も、ふとしたはずみに心の渇きをおぼえたり、身近な人の苦勞多い人生の中に豊かな実りを見出したり、闘病記などを読んで深い感銘を受けたりすることにも表われている。我々は、苦しみの経験にも何らかの価値を見出そうとする心性を持っているのである。しかし、今日の文明社会を生きる我々には、快樂や安樂のみを追求し、苦を排除しようとする傾向が顕著である。ヘルシズムには、生における老いや病など苦の側面に意義を見出そうとする意識が欠如しているように思われる。

本稿では、医療の根本構造に関わる「健康」という価値概念を再検討するために、特に痛みと癒しの相関を、そこに生の根源的な意義を見出そうとする視点から理解することを試みる。健康概念へのアプローチを痛みと癒しという観点から行うのは、痛みが、我々の生に不可避の経験として、我々が健康や癒しを意識することになる最も身近な契機の一つだからである。我々は、痛みのないところで健康について真に自覚的になることはない。痛みは、痛む本人にとっては、生における他のいかなる問題状況とも比較を絶する深刻な経験である。しかも痛みは、標準からの逸脱として数値化され得る「疾患」とは異なり、その主観性ゆえに、医科学的な枠組みでは捉えきれない問題である。また、我々の実感としての「癒し」には、単に疾患からの回復という身体次元を超えた、本来的自己の回復ないし存在の仕方の変容というニュアンスが含意されているように思われる。そこには、健康が生質の内的変化を伴う動的なものであることが示唆されている。痛みと癒しは、身体を媒体としつつも身体次元を超えた経験であると言えよう。それゆえ、健康概念の基盤には痛みと癒しの意味が組み込まれていなくてはならないと思われる。それを問うことによって、痛みや苦しみ、病を悪と見なし、それを排除しようとする近代以降の価値観を超えて、生における痛みの経験を何らかの形で肯定するための視野を獲得し、健康とは何か、その援助はいかにあるべきかを真に問うことを目指したい。

1. 痛みとは何か

我々にとって痛みは、少なくとも主観的には、最も深刻な経験の一つである。我々は一刻も早くそれから逃れたいと強く願う。その最大の理由は、痛みの知覚が自己保存の本能に抵触するからであろう。

また、痛みは身体的に知覚されるため、我々は通常、痛みを器質的変異に起因するものと見なし、その修復によって痛みも消失すると考える。しかし、傷病が存在しない、あるいは既に消滅しているにも拘らず、痛みを感じる経験は珍しいものではない。このような組織損傷の存在しない痛みの経験は、痛みが本来主観的な経験であること、それゆえ痛みの除去と病根の除去とは必ずしも常に同一の事柄ではないことを示唆している¹⁰⁾。即ち、痛みの根拠は解剖学的には解明し得ず、それゆえ、痛みからの解放は医科学的な枠組みを超えた包括的な生命秩序における問題となる。

この事情は、痛みを「何らかの組織損傷が起こった時、組織損傷が差し迫った時、ないし組織損傷に引き続いて述べられる不快な感覚的および感情的な体験」とする国際疼痛学会の定義¹¹⁾にも明らかである。「組織損傷が差し迫った時」という表現は、痛みが身体外の出来事でもあり得ることを示している。しかし、それにも拘らず、我々は痛みを身体的に経験する。そして、人間は身体次元において他者と隔絶しており、その限りにおいて痛みは他者と共有不可能である。この意味で、痛みは我々を孤独にするものである。逆説的であるが、痛みの作用が精神にまで及ぶのは、それが孤立した身体的経験であるゆえであるとも言えよう。痛みの経験は、個々人が皆それぞれに固有の生を生きていることを我々に教えるものであるとも言い得る。

また、痛みは常に突如我々を襲う。生が常に痛みの経験に隣接しており、いついかなる時に痛みに見舞われるか予測不可能であることは、我々を不安にする。

こうして我々は、痛みの侵襲性、不可避性、不可測性、他者との共有不可能性によって不安と孤独を知る。それゆえ、痛みから逃れたいという願いには、痛みそのものの消失を願う気持ちと、不安や孤独から解放されたいという気持ちが重層していると言える。しかし一方で、不安や孤独に耐えることは、人間として成熟するための最初の階梯である。人間は痛みの経験によって大人になるとも言える¹³⁾。そこで本章では、痛みが従来の医療の枠組みの中でどのように捉えられてきたかを概観した上で、痛みの必然性、痛みの作用の身体次元を超えた広がり、人間にとっての痛みの意味を順次考察していきたい。

1.1 医療における痛み

近代医学においては長らく、痛みは、医療における本質的な問題としては取り上げられて来なかった。その背景には、近代医学が依拠している機械論の人間観に基づく以下のような疾病観、痛み観があると言われる¹⁴⁾。即ち、痛みは生体の防御反応の一つとして、生体を正常に維持するための警告のサインであり、痛みを止めることは病気の正しい診断を困難にする。医療の目的は痛みの根本を治療することであるから、病気や障害の一症状に過ぎない「痛み」だけを止めることは医学的には無意味である。また、痛みは治療過程に不可避の現象であって、鎮痛のための処方はずっと害になる。このように、痛みに積極的に介入することは無意味あるいは有害であり、痛みは放置すべきものであると考えられてきたのである。

今日の医療は、WHOによる「キューからケアへ」のスローガンを契機に、包括的ヘルスケアの概念に緩和医療を含めて考え、それを疾病治療と並行して医療の重要な一部と認識する方向に向かっている。今日的な緩和医療の立場においては、痛みは既略次のように捉えられている。1) 痛みは必ずしも生体の防御反応ではない。たとえそうであったとしても、現在発現している痛みを治療することはそれとは別問題である。2) 末期がんの激痛や精神疾患性疼痛、慢性病における治療後の痛みの持続等は、生体を正常に維持するための警告という性質のものではなく、むしろ生命力を弱めるものである。3) 痛みの発現は病気の診断の重要な手がかりとなり得るが、それは診断が確定するまで痛みを放置すべきであることの理由にはならない。4) 何よりも、痛みは病気や障害の一症状に過ぎず、痛みの根本を治療しなければ意味がないという見方は、病気を見て病人を見ないという典型的倒錯であり、「単なる鎮痛は医学的に意味がない」という立場では、難治性疾患の疼痛や心因性の疼痛、痛みが唯一の症状である慢性痛（原因疾患の完全治療後も継続する痛み）のようなケースには対応出来ない。5) それゆえ、「患者を苦痛から解放する」という医療の原点に即して考えれば、単なる痛みの緩和には医学的な意味はないという主張は明らかに誤りであることがわかる。6) 痛みを止めることは身体に有害であるという考え方は既に過去のものである。適切な痛みの治療法が確立された今日的な立場から見れば、持続する痛みを放置することの方が身体にとっての害は大きく、適切な方法があれば痛みは除くべきである¹⁵⁾。このような新しい科学的判断から、今日では、痛みのメカニズムとその原因を探り¹⁶⁾、それを除去しようとする学際的なペイン・クリニックが試みられるようになってきている。

1.2 痛みの必然性

このように、今日的な医療が痛みの除去に一定の医学的意義を見出し、緩和ケアに対して肯定的、積極的な姿勢に転換しつつあることは、従来の近代的医療がややもすると陥りがちであった非人間的医療を克服するための取り組みとして評価に値する。しかし、痛む人への援助としての疼痛緩和医療には、たとえそれが奏効したとしても、ある種の限界がある。というより、痛みは本来科学的に解決され得る問題ではない。何故なら、生きることに構造的に老い、病み、死ぬということが含まれており、その生の営みにおいて身体は「痛む」のだからである¹⁶⁾。つまり、痛みは本来、身体を持つ生にとって不可避の事柄であり、痛みの除去を常に善とし、痛みのない生に価値を置いてそれを目指すことは、所期の意図とは逆に生を否定する契機ともなり得るのである¹⁷⁾。

我々の生の様々な局面において発現する痛みの経験を振り返ってみると、我々の生は痛みなしにはあり得ないことがわかる。成長痛や陣痛などの、生の折節にいわば構造的に組み込まれた痛み、生の動性において不可避の傷病の痛み、拷問や闘争等の破壊的営為による痛み、教育や医療における心身の陶冶や回復を促進する措置が伴う痛み等、我々の生は常に痛みの侵襲に曝されており、痛みは生における必然の経験である。それゆえ、我々には痛みは何らかの意味を見出そうとする姿勢が必要になる¹⁸⁾。そして、痛みの意義の捉え方の一つに、我々は自身の痛みの経験によって初めて他者の痛みを共苦することが出来るようになるという事実認識がある。人間が他者との関係の中に自己を実現しつつ生きるものである以上、他者との連帯は我々の生にとって本質的な要件である。痛みにおける他者との連帯については後述するが、この観点に立てば、例えば成長痛や陣痛などは、痛まれるべき痛みであると見ることも出来るであろう。

1.3 痛みの諸次元

前述の通り、痛みとは、単に身体のある部位における痛覚の自覚という知覚的受動性を越えた広がりを持つ現象である。これに関してWHOは、がん患者の痛みの強さに対する「心理的因子」の影響を指摘し、患者を襲う全体的な苦悩に「絶望感」と「差し迫った死に対する恐怖心」が加わると痛みの知覚が増強されること、それゆえ、適切な痛み治療のためには身体的因子と非身体的因子とを併せて検討する必要がある、そのためには、心理的因子を含むすべての関連因子を包含した「全人的な痛み」(total pain)という考え方が有効であることを指摘している¹⁹⁾。

WHOによるがん性疼痛の分類、痛みの性状および治療法についての見解は、主に医科学及び心理学の知見に基づいている。WHOが採用している「がん患者の痛み認知に影響を及ぼす諸因子」の図式によれば²⁰⁾、非身体的因子は「怒り」、「不安」、「うつ状態」の3つに分けられており、この項目だけ見れば、これらは心理的因子として一括され得る。しかし、「うつ状態」の項には「社会的失脚」や「収入の減少・職業上の信望の低下」、「家庭での役割の低下」という、人間の社会的側面に対応した問題状況が記述されている²¹⁾。また、「不安」の項には「死の恐怖」や「精神的(霊的)不安」が挙げられているが、これらの恐怖や不安は、単なる負の感情であることを超えて、自己を見つめ、生を自覚的にする、いわば実存的な問題を含んでおり²²⁾、単に恐怖や不安を和らげることをのみ目指すべきであるとは言えない。

以上の事柄は、がんに限らず痛み一般に共通の構造として捉えることが可能であろう。即ち、痛みは、人間が身体性、社会性、精神性等の諸次元が有機的に統合された全体的存在であることに対応し

て、身体を超えて他の諸次元にまで作用を及ぼし、痛む当人への援助を困難にするものであり、またそれゆえにこそ、身体的な疼痛緩和にとどまらず全人的な対応が要請されるのである。痛みをこのように捉える時、身体の物理的側面だけを他の諸次元から切り離して対象化する従来の自然科学的医学の枠組みによっては痛みの全体相を正確に捉えて対応することが困難であること、また、痛みにおける身体的および非身体的諸因子は相互に分ち難く結びついており、個々の因子、個々の痛みが独立に認知され得るものではないことが明らかになる。このような認識は、「身体的、心的、社会的に完全に良好な状態」という WHO の健康定義、およびこれに「霊的」spiritual を加えることを審議した 1999 年 WHO 理事会の議論にも反映されているように思われる。そこでは、目指されるべき価値としての「健康」が、人間のあり方を構成する諸次元の本来的な調和的統一の状態であると捉えられており、痛みの経験と「健康」は表裏の関係にあることが見て取れる。即ち、痛みは人間のあり方の諸次元に及ぶものであり、それゆえ痛みはそれを通して人を本来的なあり方へと促すものでもあり得る。そして、痛む人への援助もまたその方向においてなされるべきであると考えられるのである。

さて、ここで上述の「実存的な問題」の具体相について考えてみたい。我々は、痛みの知覚によって自己の身体性を自覚する時、まず、その痛みから逃れたいと思う。痛みは自己を消滅にもたらす危機の表徴でもあるから、我々が痛みの消失を希求するのは生物としての本能である。そしてそれと同時に、痛みの原因とその対処方法を専ら外部的に捉えようとする（例えば、胃痛の原因をストレス過重に求め、鎮痛薬の服用やストレスの総量を減らすといった対処をするように）。しかし、「なぜ」「いかにして」という問いは、痛みの持続において次第に、「なぜ（他ならぬ）その部位が痛むのか」、「なぜ痛みは（この自分から）去っていかないのか」という形に変質する。この時、問いは既に自己の内部に向かおうとしている。その時、痛みは、痛むその器官や身体組織が発する何らかの訴えの表現であるかのようにさえ感じられる²⁹⁾。無論、痛みの強さが圧倒的である場合、我々の思考活動は極めて大きな限定を受ける。というよりも、殆ど何らの精神活動も行うことが出来ないという方が適切であろう。痛みの知覚はそれ自体、我々に思考や判断を停止させるような、人格に対する一種の攻撃性を帯びているからである。しかし我々は、痛みの支配の間隙を縫って、「なぜ」、「いかにして」と問い続ける存在である。

痛みの消失を求めながらそれが叶わない時、我々はしばしば強い焦燥感や苛立ちを覚える。そこには無論、生の原状復帰への希求が窺われているが、しかし、さらにその根底には死への直観と恐怖が存する。もとより生命体とは、生物学的にも存在論的にも常に消滅に瀕して存在している³⁰⁾ のではあるが、文明社会に生きる我々は日常において基本的に死を忘却しているため³¹⁾、苛立ちや焦燥感などの否定的な感情は大抵の場合、痛みへの心理的な反応として一括され、心理療法や精神医学の対象となる。しかし、人間は先駆的に死を思うことの出来る存在であり、こうした感情の根底には、自己の消滅という事態への恐れが存すると思われる。それゆえ、痛みにおける焦燥感や苛立ち、怒り、抑うつ感等は、人間に特有の感情体験として、いわゆる喜怒哀楽およびそのヴァリエーションのような素朴な感情体験とは質的に一線を画している。我々が自らの越し方を振り返り、自己意識を深化させ、セルフアイデンティティの再構築へと向かうのは、死を見つめることによってであろう。

このように、痛みにおいて我々は、意識の表層ではそこから逃れようと焦り、苛立ちながら、心の奥底では自己と痛みを対象化して見つめ、痛みの意味を納得したいと願う。これは、痛みの受容へと向かう心性であると言えよう。人間の精神活動には、痛みの拒否と受容という二つの相反する心性が

含まれているのである。そして、痛みを受容出来るようになった時に痛みの知覚が緩和ないし消滅することもしばしば報告される。

痛みの受容は、「なぜ自分が痛まねばならないのか」という問いに対する答え、ひいては自己の存在意義に対する自分なりの答えが掴まれる時に可能になる。しかしその過程には、不安や孤独との葛藤が常に存在する。それは実存の苦悩であり、既に「宗教的」次元のものであると言える²⁹⁾。但し、ここで「宗教的」と言うのは独自の教義や典礼を持つ個々の宗教に関わろうとすることではなく、痛みが、救済への希求という形で我々に内在する原初的な宗教性を喚起するという意味である。

いずれにしても、痛みの経験においては、痛みの拒否と痛みの受容、そして不安や孤独からの救済への希求が分かち難く結びついていると言えるであろう。

1.4 痛みの意味

前節で述べたように、痛みには実存的次元の苦悩を惹起する力がある。即ち、我々にとって痛みの経験は、自己の生と死をいかにして受容するかという問題にまで及び得るものである。このことを今少し掘り下げてみたい。

我々は、環境世界との関係性において自己を形成し、その関係の力動性によって自己の在り方を不断に更新しつつ生きているのであるが、その力動性も、また内在的な心身の成長・成熟も、共に現在の自己が否定されるという仕方で現われる³⁰⁾。また、多くの場合、そこには痛みが伴う。人間にとって痛みとは、自己が消滅に瀕していることを自覚する契機であり、現在の自己が否定されつつ超克される可能性を示す事象であるとも言える。翻って、我々の痛みの克服は、自らの生に何らかの変革がもたらされることと軌を一にしており、その変革は器質的な変化に先立っている、あるいは無関係である。我々は静的、固定的に現に存在しているのではなく、存在と非存在との間の絶えざる往復のうちに動的に存在しており、痛みはその往復運動の軌みの経験であるとも言い得る。また、我々が痛みからの脱却を願うのは本能的な反応であるが、痛みの意味や自己存在の意味を問うこともまた、人間にとって不可避の欲求である³¹⁾。そして、なぜ「痛み」が存在するのか、なぜ自分がその痛みを痛まねばならないのか、さらに、痛む自分がなぜ存在しているのか、とつきつめて行く時には、組織損傷あるいは心的外傷を痛みの原因と見なし、それを治療して痛みを除去するという身体的ないし心理的な対処の枠を超えて、日常的な感覚や意識の範疇を超えた、無意識の領域までを含む包括的な生命体としての自己のあり方やその存在意義が問われている。このような問いは、前節で宗教的と呼んだ次元のものである。従って、痛みの経験とは、そこから逃れようとする葛藤であると同時に、このような問いに直面することでもあり得ると言えるだろう。そして我々は、痛みへの処し方を通して、この問いへの答えを各々創造する。

ヴァイツゼッカーは、我々の痛みに対する態度を「痛みの労作」Schmerzarbeit という概念を用いて説明している。それは、大きく分けて、痛みに対峙する方向と反対する方向の二つの相反する方向において捉えることが出来る³²⁾。痛みに対峙する姿勢が痛みの受容に向かうのに対して、反対する姿勢においては、痛みの異他性³³⁾が克服されず、痛みへの敵意と戦闘状態が継続する。但し、後者は痛みへの本能的な反応の延長上にあり、他者の共感的随伴などの実存的な契機によって前者のいずれかの態度へと反転する可能性を孕んでいる。いずれにしても我々は、痛みに対するこれらの態度において、痛みを、また痛む自己を、また、痛まねばならない運命を肯定ないし否定し、痛みのただ中に

において、自分にとっての痛みの意味を自ら創造し、発見する者であると言えるだろう。

以上述べたように、痛みの経験は我々の生に構造的に組み込まれたものであり、自己のあり方を変容させる作用力を持っている。我々は、痛みの消滅を願う本能的な自己保存の欲求と同時に、痛みの意味、更に自己の存在意義を問う意識を持たずにはいられない。そして我々は、痛みへの身の処し方において、痛みの意味を自ら創造、発見する。それは直ちに自らの生と死に対する意味づけにもつながるものである。痛み自体は消耗的な知覚刺激として除去ないし緩和の対象となり得るが、痛みの惹起する苦悩や問いは、本来除去すべき性質のものではなく、その中に生きつつ自ら答えを創出することによってのみ克服され得るものである。我々はその営みを通して、自らの生を自覚的に再構成することが出来る。痛みの意味はそこに存すると思われる。ここまでの議論を踏まえた上で、次章では、癒しの構造を痛みとの関係において考察し、併せて、癒しのプロセスにおける自己と他者の関係性を明らかにしつつ、癒しの根拠としての、生命を支える根源的な力についても考えてみたい。

2. 癒しとは何か

前章で見た通り、痛みは主体の意志や事情に関わりなく突如訪れる侵襲的なものであり³¹⁾、痛む当人を孤立させるものであった。それゆえ、癒しの最初の契機は、痛む主体の存在自体が他者によって何らかの仕方で承認されることである。我々は身体次元において他者とは切り離されて存在しているが、しかしそれゆえに、他者との連帯は、互いの存在の承認という切実な意義を持つ³²⁾。我々は痛む他者を眼前にすると動揺し、内なる促しに従って相手に接触しようとする。この情動³³⁾は、他者との連関のうちに生きる我々の自己実現に深く関わっていると同時に、医療の原点をなす根本動機でもある。我々が他者の痛みを自己の痛みのように感じる能力もまた、この情動と関連していると思われる。

本章では、医療における「癒し」概念についての考察を経て、癒しの最も原初的な様相である接触による痛みの消失の経験の意義について論じ、さらに、誰が（何が）癒すのか、なぜ癒えるのかという問いを「生かす力」との関係において問うことを試みる。我々は一般に、身体的な傷病の治療を根本において支える力として、生体に内在する生命力、いわゆる自然治癒力を考えるが、前述の通り、痛みの作用は人間のあり方の各次元に及ぶゆえ、「生かす力」には不安や孤独に対する霊的な癒しの力も含まれると考えるべきであろう。痛みの知覚的攻撃性に耐える力と不安や孤独を克服する力は本来的に一つのものであり、我々が痛みの経験を通して成長・成熟し、さらに生きてゆくことが出来るのは、痛みの経験を契機としてこの「生かす力」が賦活され、その作用に与ることが出来るからであると思われる。それゆえ、痛む人への援助が一つの技術となる時、それは生かす力、癒す力への働きかけでなければならないであろう。このような癒しの問題を考える準備として、近代以降の医療における「癒し」概念を確認しておきたい。

2.1 医療における「癒し」

「癒し」は言うまでもなく癒す、癒されるという動詞の名詞形であるが、この語が現在のように、近代医学における治療や治癒の概念に対する一つのアンチテーゼとして、全人的なあり方の再統合というニュアンスを帯びて使われはじめたのは比較的最近のことである。前章に述べたとおり、近代以

降の病院医療は、客観的に認識され得る疾病を対象としてそれに操作的に関わろうとするものであり、そこには全人的な「癒し」の概念は存在しない。無論、医療はそもそも病の克服としての「治癒」を目指す営為であるが、近代医療における治癒モデルの類型において目指されているのは、原状復帰（感染症からの回復など）あるいは病気の終熄（胃の全摘による胃がんの終熄など）であり、それが不可能な場合は症状の制御あるいは消失（慢性病における検査数値の正常化や、いわゆる「寛解」³⁴⁰）である。つまり、近代医療における各々の治癒モデルは、治療手段や病気のプロセスの変化に対応したものとしてあるのであって、治癒という事柄自体についての定義は存在しないのである³⁵¹。また、治療の基礎となる病気概念が生物医学に依拠した「疾病」disease³⁶¹であるところから、患者の主観に基づく訴え、特に痛みについては、一般に疾病 disease に従属する二次的情報として取り扱われるのみであり、その客観的原因が見出せない場合、あるいは治療方針と痛みの緩和措置が医療的営為として相反する場合には無視されることもしばしばであったことは前章に述べた通りである³⁷¹。従来の医療においては、疾病の除去あるいは数値的正常化が最優先の課題であり、その場合、治療概念からは「治る主体」が捨棄される。つまり近代医療における「治癒」は、「(痛みや生活上の制約としての) 病気 illness の悩みから解放される」という、一般人の素朴な観念としての「治る」とは次元も内容も異にしているものである。

一方、いわゆる代替医療における治癒概念も、近代医療と同様、一義的には定義され得ない。しかし代替医療においては、「病気」illness が患者個別の主観によって規定されることに対応して、「治癒」も患者の主体的判断に依拠しており、「治癒」とされる状態も近代医学的に見れば個々別々である。この代替医療的な治癒概念を理論的に明確にするための議論として、近代医学の治療概念の「客観」性を批判し、代替医療に見られる「主体」性をこれに対置する、いわゆる「治す vs 癒す」論がある。これは、治癒という語が「治す」と「癒す」という二つの他動詞³⁸¹を含んでいるところから、近代医療における治療が前者のみを目指すことを批判し、それに対抗する治療概念ないし治療目標として「癒し」を主張する理論である³⁹¹。

また、昨今の代替医療の隆盛が、近代医療における治癒概念と一般大衆の期待ないし希求との齟齬に起因しているところから、代替医療の目指すものを「癒し」として、近代医療の目指す「治癒」に対置させることも出来る。池田光穂は、代替医療における癒し概念と近代医療における治癒概念について、どちらも「病気や苦悩からの解放」であることは共通であるが、前者が当事者やその家族、彼らを取り巻く社会によって定義される社会的概念であるのに対して、後者は近代医療によって了解あるいは説明可能な臨床的概念であると区別した上で、前者の「癒し」が、病因を物質レベルに還元してそれを除去しようとする要素還元的、攻撃的治療へのアンチテーゼとして全体論的、調和的治療を志向する点で非合理主義や代替科学に近い立場であり、宗教的な救済観と結びついていることを指摘する。即ち、宗教は、霊的な世界を含んだ宇宙観や生命現象全体への畏敬の念を持っており、万物を生かす根源的な生命との調和による本来的な人間関係の回復と充実を目指す側面を有している。そして、近代医療が（たとえ、治癒概念や疼痛緩和に関して患者の主体性の回復を目指す方向を取るにしても）基本的に医師－患者間の閉じた関係性の中で治療を考えるのに対して、霊性あるいは生命の全体性を重視する代替医療においては、癒しは患者だけの問題ではなく、家族や共同体、社会全体のあり方にまで及ぶホリスティックな概念である点で、それは宗教と近縁性を持つのである⁴⁰¹。

このように、代替医療においては、癒しの実感のみならず、環境世界との関係のあり方における主

体の存在の仕方の根本的な変革までが目指されている。つまり、疾病を操作の対象とする近代医学の客観的な治癒概念に比べて、代替医療においては、主体の認識のあり方や存在の仕方が問題になっているのである。前述のように我々は痛みによって自己意識に目覚め、同時に他者の存在を意識するようになるが、その時他者は、いわば新たな存在として自己の眼前に現われる。我々は、これまでの他者関係のあり方を内省し、その秩序体系を再構築し、自己の位置を再確認することを迫られる。そして、そのような関係性の修復は痛みからの解放をももたらし得る。宗教的な癒しや代替医療における癒しの概念は、こうした主体の側の認識と存在の仕方の変容を含み、それを積極的に目指す傾向を持つ。これは、近代以降の病院医療から排除された主体性を補償しようとする機能であると言えよう。

一方、近代医学においてなされてきた治癒の判定が必ずしも科学的に正当であると言い難いことも指摘される。心理的な関係（関係の思い込み）と時間的前後関係が原因と結果の関係を決定すると考える、つまり「薬を飲んだら症状が軽快した」ことを「薬が効いた」と考える、いわゆる post hoc 因果論がそれである⁴³⁾。今日では、post hoc 因果論では説明のつかない自然治癒やプラセボ（偽薬）効果などが薬理学的、医学的にも明らかにされてきて、臨床医学もそれらを認めざるを得なくなっている⁴⁴⁾。即ち、治癒作用の絶対的要件として、疾患を持つ主体の側の生命作用というものが存在するのである。操作的な疾患への介入は、あくまでもその生命作用に働きかけることによって治癒を促進するという役割においてのみなされるべきものであり、医療者の役割は、治癒の過程に随伴しつつ、その促進を医学的側面から、限界や弊害を見極めつつ援助することである。しかし、医療が、患者がその生を肯定的に生き抜くことを支えようとするものである以上、そこでは常に、近代医療的な意味での治癒（原状復帰または病気の終熄）ないし寛解（症状の消失）と、主体における癒しの実感の相即が問われなければならない。そしてそのことは、医療者が、疾患のみでなく患者の心のあり方をも常に視野に入れておかねばならないことを意味する。即ち、医療者には、主体の認識のあり方および存在の仕方が癒しの実感を規定していること、それが「癒し」を願う主体自身の生の課題であることへの認識と、それに基づいた関わりが求められるのである⁴⁵⁾。また、たとえ癒しの実感が主体的に評価されるものであるとしても、その癒しに医療者が関わる以上、癒しの事実は医療者と共有されなければならない。そこで、医学あるいは医療者の役割、また患者との関係のあり方が問われることになる。

2.2 医療の課題―さまざまな関与

前述のように、「痛みの消失」は、痛む人の身の上に他者の接触を媒体として立ち現れる出来事という意味において、癒しの最も原初的な現象である。接触による痛みの消失の経験は、自己の存立に他者が構造的に組み込まれていることの直截な経験である。また、同じ理由から、他者による接触が自己を危うくする可能性も常に存在する。接触が触れる相手を生かすのは、その相手の存在に共感的に随伴しようとする一貫したあり方においてであろう。

医療は原初的には、痛む人への接触を伴う随伴であった。医師の原型もそこにあると思われる。しかし、今日では医療体系が複雑化し高度に機能分化しており、多くの医療機関では、医師、看護師、薬剤師、各種療法士等々、それぞれの専門領域を持つ医療従事者たちが医療の各部を担いつつ、総合的な医療が行われている。この今日的医療状況の中で、接触を伴う随伴は主として看護師の役割と認識されている。看護職は、かつては医師の業務全般を補佐する職務とされていたが、「キュアからケ

アへ」のスローガンと共に、看護職の人々は、医療におけるケア的側面を中心的に担うという点に自らの専門性を見出し、その自覚を深めつつある⁴⁴⁾。高齢化や疾病構造の変化に伴い、病院で死を迎える人が圧倒的多数を占める今日の状況においては、医療者は、疾患を抱えつつ生きることや、機能不全の進行とともにある老いを最後まで生きとおせることといった、原状の回復を目指すことの出来ない生に関与せざるを得ない。この状況は特に、積極的治療の手立ての尽きた患者との数多くの接触を日常の業務とする看護職の人々にとって、自らの職業的アイデンティティについての問題意識を強く自覚させるものであろうと思われる⁴⁵⁾。しかし、医療における随伴や接触を職務として特化することは、疾病の治療（キュア）を医療の第一義とする発想から脱していない。患者は常に一個の人間として、即ち複数の次元に亘る一個の全体的存在として遇されるべきであるが、それはキュアとケアを分離して、それぞれを職務として分担することによって直ちに実現するものではない。医療の原点であり目的であるのは、患者の個別的な生を全体として包括的に支えるという最広義のケア概念に基づく「アートとしてのキュア」⁴⁶⁾である。キュアはの場合ケアの一部であって、両者は分離不可能である。あまつさえ、「キュアからケアへ」の本義は、疾病中心の医療から患者中心の全人的医療への転換にあり、そこでは、身体のみならず、人間の構成要素である心的、社会的、精神的⁴⁷⁾といった諸次元を全体として視野に入れた包括的ヘルスケアが求められている⁴⁸⁾。即ち、今日の医療に真に要請されているのは、医療者がそれぞれ一つの全体としての人間像を持つこと、また、個々の患者の個別の生を、その生が置かれている全体的文脈において捉え、それを包括的に支えようとする意識を持つことであると言えよう。

終末期には特にこの、いわゆる「全人的ケア」への要請が高まる。そのアプローチの一つとして、チーム医療という発想と実践がある。チーム医療は、日本では柏木哲夫が1973年から淀川キリスト教病院において実践しており、わが国における終末期医療の一つのモデルとなっている。チーム医療の実践においては、心身医療に従事する医師が他科の医師・看護師・ソーシャルワーカー・各種療法士等と診療面で連携して、治療者同士の関係、治療者と患者の関係、患者と家族の関係などもその対象としつつ、終末期医療における様々な要請に網羅的に応えることを目指す。チーム医療においては、精神状態が不安定になりやすい臨死患者に対する精神・神経症状の診療が保証されると共に、OCDP (Organized Care of the Dying Patient) を設置することによって、チームスタッフが合同で患者のケアについて検討するなど、ケアの質の向上を目指す取り組みが行われ、さらに家族のグリーフ・ワークまでをカバーすることが出来る⁴⁹⁾。また、欧米型のホスピスには、スピリチュアル・ケアを担当するチャプレン（聖職者）が医療スタッフの一員として常駐している。日本のキリスト教系ホスピスにもチャプレンが存在するが、日本の宗教的事情から、僧侶がこれに関与する必要も指摘されており、現在ではビハーラ（仏教ホスピス）運動も既に緒についている。宗教者をもその一員とするチーム医療という形には、個々の患者の身体的、心理的、社会的、霊的（精神的）諸側面を、それぞれの領域の専門家がケアするという形で全人的ケアを実現しようとする発想が結晶している⁵⁰⁾。

チーム医療の構想と実践は、専門分化した今日の医療体制において、各分野がそれぞれの専門性を生かしつつ、連携して全人的ケアを実現しようとする真摯な試みとして評価に値すると思われる。人間存在の諸次元がこのような形で医療者全体の共通認識となることは、疾患を身体次元においてのみ捉える近代医療の枠組みから脱却するための不可欠の過程である。但し、人間の諸次元をそれぞれの専門家が担当するだけで直ちに全人的医療が実現するわけではない。なぜなら、身体、心、社会性、

霊性という区分は便宜的なものであって、人間は本来、常に一つの統一体だからである。患者に関わる者の視野には常にその全体が入っていなければならない。また、人間の身体的、心理的、社会的、霊的（精神的）次元はそれぞれ質的に隔たっており、並列的に捉え得るものではない。前章で述べた通り、耐え難い身体的な痛みは「除去する」ことが目指され得るが、身体以外の次元における痛みの経験は、それを通して当人にある転回がもたらされることによって、より深い生、豊かな生の可能性が開示される可能性を秘めている。とりわけ霊的な痛み、いわゆるスピリチュアル・ペインは、痛みというよりは実存の苦しみであり、救済への希求であって、そもそも除去することを目指すべきであるとは言えない⁵¹⁾。それゆえ、痛む人への随伴は、痛みの経験が生死や自己のあり方についての問いへと収斂していき、その問いを真摯に生きることによって生の深みや豊かさへとその当人が導かれることを妨げるものであってはならない。およそ痛みつつある人への随伴においては常に、痛むその人を、自ら答えを創造し、発見しなければならないような究極的な問いに対峙している人として、あるいは、少なくともその可能性に直面している人として敬意を持って遇することが要請される。そこでは、痛みや苦しみの訴えを傾聴することによって、スピリチュアルな問いに場を与えつつ随伴することが出来るのみであって、たとえ専門家としての宗教者であっても、それに操作的に関わることは許されないはずである⁵²⁾。また、生き方や生の根源を問う意識と結びついているスピリチュアル・ペインは、人間のあらゆる営為の根本動機に関わる普遍的な実存的課題であって、ひとり患者のみの問題ではない⁵³⁾。即ち、スピリチュアル・ケアは、少なくとも原理的には、医療をはじめあらゆる対人援助の根本課題なのであるから、身体面から始まって順次カバーしていくべき医療の最終段階であるとか、そのようなニーズが表現された時にのみ必要に応じて専門家が対応すればよいというものではないはずである。医療が一個の人間の全体を支えるという課題を実現するためには、医療者自身がスピリチュアルな問題意識を共有しつつ、患者の痛みの持つ括がりの全体を視野に入れながら随伴するという基本姿勢が不可欠であろう。

2.3 随伴と接触―医療の本質としてのケア

既に述べたとおり、接触を伴う共感的随伴において痛みが消失することは、我々の日常的経験であり、医療現場からもしばしばその事実が報告される。しかもこの場合、痛みの消失は必ずしも器質的な変化を伴わない⁵⁴⁾。

痛みの経験は、元来人間は他者との連関の中に存在しているという事実を我々に改めて意識させるものであり、共感とは、身体次元において孤立した存在である我々が他者と連帯する媒体であった。共感とは、我々が他者の痛みを自己の痛みとして感じる能力である。無論、痛みの知覚と痛みの表象は別のものであって、共感的に経験される痛みは現実には痛んでいる人の痛みではない。しかし我々は、自らの痛みの経験を通して、他者の痛みを表象し、共苦することが出来る。また、その共感を契機として、援助を求める声に対して、自己を投じて応えようとする事が出来る。接触はその具体的な表現である。接触によって我々は相手と直接連帯する。

我々は、存在の仕方として、そもそも最初から他者への接触へと促されている。即ち、我々は接触によって「間柄における存在」となる、あるいは「汝において我」となるのである⁵⁵⁾。接触は、生命の根源的な次元における出会いと連帯の経験であり⁵⁶⁾、接触によって痛みが去る時、そこにはキュア（治療）とケア（支援）の本来的な不可分性が示される。接触への内的促しは、「痛みを分かち合う」

という心的態度であり、我々に内在するこの志向性が「自然なケアリング」と呼ばれることは前述した。この意味でのケアは、後にアートとして分化するキュアをも含む包括的な概念として、医療の本質をなすものである。

また、接触と癒しの関係においては、接触によって痛む主体から痛みが去ったとしても、それは随伴者が癒しを「与えた」のではなく、癒しを「媒介した」のである、という基本的な事実がある。癒しは自ずから生じる。接触へと随伴者を促した力の延長上には、我々の生を根源から支える諸力が存すると言うことも出来るであろう。医療はそもそもそのような根源的な力に支えられて成立しているのである。

無論、我々はしばしば他人の痛みに関心であったり、果ては他人の痛みを喜びさえする存在でもある。そのように、他者と連帯することが出来ない、倒錯したあり方の方がむしろ我々の常態であるのかも知れない⁵⁷⁾。しかし、いずれにしても我々は、痛む他者を前にして相手との関係のあり方を自ら規定するのであり、我々が癒しという出来事に関与し得るか否かもそれにかかっている。そして前述のように、我々が自己の痛みにおいて他者の痛みを知り、他者の痛みを自己において痛む、そのことは、身体的に個的存在である我々が他者との連帯を根源的に回復する契機となる。癒しが生成し、現われるのは、その共苦の関係性においてである。それゆえ、痛みにおける連帯においては、一方が他方に癒しを「与える」のではなく、随伴者もまた、連帯において生成し、現れた「癒し」に何らかの意味で与っている。医療の本質は、「癒し」という出来事に立ち会うことにあり、それは同時に、自らも共に癒しに与ることであるとも言えるだろう⁵⁸⁾。癒しの出来事は常に唯一的、一回的なものであり、その意味では随伴的援助も常に一つの創造である。

2.4 「健康」概念に含意される動性

生が本来、痛みを構造的に含む受苦的なものであること、癒しは痛みを契機として、他者の介在のもとに、自己の認識とあり方が更改されることの中に現れること、医療者の使命は癒しに立ち会うことであることを確認したが、このように見ると、「健康」概念に含意される動性が浮かび上がってくる⁵⁹⁾。

健康が動的なものであると言う時、それは単に、痛む状態と痛みのない状態を線的に往復することではない⁶⁰⁾。これまで見てきたように、痛みの経験には、失われた調和や平衡の回復と心身の再統合を希求する内的な方向性が存する。また、それゆえに、痛みの経験は、その経験以前には意識化されず、しかもそれなしには我々が存在し得ないような根源的な生命との接触の契機として、いわば「秘儀」的な側面を持っていると言える⁶¹⁾。痛みの経験から見れば、健康は生きて痛むこと、痛みつつ根源的な生命に触れること、そこから癒されて再び生きること、この一連の力動性のうちに存するのであり、健康の価値も、健康それ自体に固定的に存するのではなく、その喪失された状態から癒されて生きるといふ、その力動性において生じるものである。この意味における「健康」は明示的には規定され得ない。それは絶えず生成するものであり、主体において内的に実現されるものであり、そこでは体力的な強壮さも、いわゆる意志の強靱さも、価値中立的なものである。

「癒されて生きる」ということは、本来的には救済と同義である。癒されたあり方を指す *Heil, salut, salus, holon* 等の西欧語が、救済や安寧、全体としての統一的な状態を表わすものであることに示される通り、癒しの原義は「全体性の回復」であり、「癒されて健康になること」は即ち「救い」であ

と言える。健康とは救済に与っていること、根源的な生命に支えられて生かされていることであるとも言える⁶²⁾。このように、医学と宗教は、語源的にも原理的にも深く結びついたものであり、直截に言えば、癒しは救済の出来事である。宗教における救済は、苦の窮みにおいて生の根源たる「癒す力」に触れ、それによって苦が希望に転じ、再び新たに生きることを意味する。

一方で、癒しの事実は「癒す力」の作用によって現れるものである。身体の傷が、それを癒す力の発動を喚起するように、心の傷、痛みにおいてもまた、それを癒す力が心の深奥に湧出する。「癒す力」は内在的でありながら、その作用は超越的である。そこには、苦を通して大いなる肯定としての救済に与るという一つの神秘がある。健康とは、この「癒す力」と自己の深奥において出会い、その作用に与り、生命の全体性を回復することであると言い得る。この、超越的にして内在的な「癒す力」との出会いの経験こそが、健康の力動性の本質であろう。

また、癒しに与るには、自らの置かれている窮境の意味が主体的に掴まれなければならない。言い換えれば、苦悩における根本課題は、窮境の意味を自ら掴むことである。医科学的な治療による痛みの除去に意識が集中する時、痛みの意味を問う意識は遠ざかりがちであるが、元来、我々にとってあらゆる窮境は「意味への問い」であり、その問いへの衝迫を失うということは窮境からの退却、即ち転換と癒しの可能性からの退却である。窮境の意味は他者が与えることの出来ないものであり、主体の存在意義もまた、それを主体的に掴み、新たな生において、自ら掴んだその意味を生きることに表れてくる。我々は、おのずから癒えつつ、まさにその力動性を体現しつつ、生きるのである。医療は、癒しにおける霊性の作用を基盤として成り立つ営為であり、それを忘却することは、医療が目的を失うことでもある。

本稿では、医療原理の基盤に霊性を位置づけるために、痛みと癒しの相関、および癒しにおける根源的な生命力の作用について考察した。霊性の問題は医療に限局されたものではない。霊性が人間を構成する次元の一つであり、それが内在的であると同時に超越的な作用を持つことの認識は、生のあらゆる局面における人間のあり方とその目指すべき方向を探るための根本認識の一つである。霊性の問題を他の様々な営為に開かれた議論とするためには、他者の存在意義とそのあり方をはじめ⁶³⁾、なお様々な角度からの考察が必要であるが、それは他日の課題としたい。

註

- 1) 高齢化と共に死に場所が家庭から病院に移ったこと、慢性病や難治性疾患の治療にも短期集中的な感染症治療のスタイルがそのまま用いられていること、医療に患者の家族への対応が含まれていないこと、パターナリズムの傾向の強い日本人の心性と「説明と同意」と訳されるインフォームド・コンセントの理念との乖離等々、疾病の除去のみに焦点を当てた医療が今日的な問題状況に不応であることは、今日の機械的医療にケアの視点を回復することを目指す立場から多くの指摘がなされている。例えば村田久行『ケアの思想と対人援助』、広井良典著『ケア学 越境するケアへ』等。
- 2) 病、健康、癒し等は医療や福祉における個別的な問題、あるいは倫理学上の問題ではなく、人間の生命あるいは生のあり方そのものの問題である。医療は病む人を癒し、健康へともたらし機構と見なされるが、近代以降の機械論的医学においては、そもそもそれは人間になし得ることであるか、そうでないとすれば何がそれをなすのか、また、病む、癒えるとは人間にとっていかなる事態であるか、といった根本的な問題意識は医療から排除されてきた。この観点から癒しを哲学的に論じた著作として、

石井誠士著『癒しの原理 ホモ・クーランズの哲学』がある。

- 3) 1980年代以降のアメリカにおいては、医療倫理学、医療人類学、医学哲学等が Medical Humanities として健康関連学部の中に制度化されてきている。これらの立場は、医学を疾病 disease の診断・治療ではなく「病む人間の問題」 illness として扱い、病む人の個性性、歴史性、相互作用、意味を基礎にした文化や社会、哲学、倫理との関係を視野に入れようとするものである。
- 4) 旧ソ連アルマ・アタで行われた WHO「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」では、疾病中心主義、臓器別思考を脱却して、病む人間の生活と環境、予防と治療を一貫したものと捉えるためのプライマリー・ケアの重要性が確認された。先進医療の方向転換の背景には、工業先進諸国で高騰の一端を辿る医療費を抑える方策が模索されていたという事情も指摘されている。いずれにしても、この会議の経緯を受け、ケア的医療が世界規模で推進されるようになった。
<http://www.who.int/hpr/backgroundhp/almaata.htm>
- 5) 日本でも1990年4月よりホスピス・ケアの保険診療が、2002年4月からは緩和ケア診療加算制度が始まっている。
- 6) 厚生省（現厚労省）が戦後から昭和60年まで行った国民健康調査によると、国民の有病率は昭和30年には1,000人当たり37.9人であったが、昭和60年には145.2人と約4倍に増加している。この調査は、
 1) あなたは身体または精神上の理由で1日以上仕事を休みましたか 2) あなたは身体または精神上の理由で医療を受けたり、薬を飲んだり、按摩を取ったりなどをしましたか という2つの質問によってなされたものであり、医科学的に客観的なデータとは言えないが、それだけに自己の健康状態についての自覚がより明確に反映されていると言えるだろう。昭和61年以後の国民生活基礎調査（3年に1度）の統計によると、全国民の4分の1、65歳以上の約半数が通院ないし服薬をしている。また、予防医学の立場からなされる行政主導の定期健診が、健康を数値として捉える傾向を助長したり、延命技術や出生前診断技術の進歩が却って関係者を混乱させたりする状況や、人々を深く疲弊させる文明社会共通の人間疎外の病理は、今日の倫理学や社会科学の重要問題となっている。
- 7) 今日の社会においては、疾病の治療だけでなく、伝染病や特定の精神疾患、治療法のない致死病、本人に病識のない数値的逸脱（高脂血症など）、また、更年期障害・アルコール依存症・薬物依存・子どもの学習障害など、従来は医療の管轄外であった心身の状態や行動を医療的管理の対象とするようになってきている。さらに、疾病の早期発見のための検査（人間ドックなど）によって、疾病に自己責任原理が導入されつつあることなども含め、いわゆる医療の社会化が進行していることも指摘される（黒田、41-43頁）。
- 8) 社会科学の立場からは、疾病を悪として対象化し、その除去を目指す近代医療を批判的に再考し、近代医療とは異なる疾病観、健康観に基づく民間医療の今日的な隆盛を社会科学の視点から説明する試みに加えて、最近では民間医療をも社会科学的な批判の対象として捉える試みも始まっている。佐藤純一編『文化現象としての癒し 民間医療の現在』等。
- 9) 医療社会学の分野では、健康自体を目的とし、人々が積極的に健康を目指す今日的な社会現象ないしイデオロギーが「ヘルシズム」と呼ばれ、いわゆる健康ブームの背景にこのヘルシズムが深く関わっていることが指摘されている（黒田、265頁）。
- 10) 痛みの発現のメカニズムは未だ解明されていないが、痛み自体はある程度類型化されている。即ち、痛みの訴えには、身体的異常による疼痛、心因性疼痛、精神疾患の一症状としての疼痛、痛む当人の本性的な性格（人間性）に由来する痛みのそれぞれが相互に影響しつつ混在しており、その割合や影響の程度によって訴える痛みの内容も異なる。疼痛緩和医療における治療法も当然その都度異なってくるという（柳田、38-44頁）。

- 11) 国際疼痛学会は、痛みを以下のように定義している。1) 何らかの組織損傷が起こった時、組織損傷が差し迫った時、ないし組織損傷に引き続いて述べられる不快な感覚的および感情的な体験であり、2) 常に主観的なものであり、3) 人間は、人生の早い時期に遭遇した負傷の経験から、痛みという言葉の使い方を学習する。また、4) 身体の一部、あるいはいくつかの部分にわたって起こる感覚であり、5) いつも不快な体験であるため、痛みは常に感情的な体験である。WHO, p.15.
- 12) 多くの未開社会で、成人になるための通過儀礼において痛みが意図的に経験させられるのも、この理由によると思われる。
- 13) 病氣は19世紀以降「解剖学的、部分的な障害として把握される状態」と捉えられ、身体を対象化して疾病を除去することが医療の仕事とされてきた。この場合、疾病概念は、個々の人間の個性を視野から排除することによって成立している。しかし、そのような方法論によって対処できる範囲は全体の僅か20%程度であると言われている（中川、103頁）。
- 14) 柳田、51-65頁。
- 15) 痛みのメカニズムの解明としては、1965年にメルザックとウォールが提出した「ゲート・コントロール仮説」が知られている（柳田、91-100頁）。
- 16) 疾患を局在化せず、人間存在を時間性と空間性において全体として見るための知恵としてのこのような人間理解は、医療が病む人の生全体を支えるための援助である限り、医療者には必須の要請であると思われる。
- 17) 痛みの除去を常に是とする態度は、安楽な生と安楽な死を追求する姿勢に直結している。緩和医療が発達した現在でもなお、いかなる緩和ケアによっても軽減できない痛みがあると言われ、この場合には、患者自身がどのような仕方であれその痛みを引き受けて生きる他に方法はない。安楽死先進国オランダでは既に、身体的な疾患や苦痛が存在しない、純粹に精神的な動機による積極的安楽死が法的に容認されているが、これは、痛みと苦悩は同質化され得ること、痛みあるいは苦悩の排除を目指す姿勢には非人間化の方向性が潜在していることを示す事例であろう。オランダの安楽死事情に関しては、H. ヘンディン著『操られる死』を参照。
- 18) 例えば、無痛分娩の是非が今日もなお議論の対象であるのには、その痛みに意味を見出す余地があるからであろう。
- 19) WHO, pp.15-16.
- 20) がん患者の痛み認知に影響を及ぼす諸因子には、身体的因子・うつ状態・怒り・不安の4つがあり、これらを全て合わせたものが「全人的な痛み」total painと呼ばれている。「身体的因子」には痛み以外の症状と治療の副作用が挙げられ、「うつ状態」には、①社会的失脚、②収入の減少・職業上の希望の低下、③家庭での役割の低下、④疲労と不眠の持続・絶望感、⑤醜くなったことが、「怒り」には、①複雑で不手際な手続き、②診察の遅れ、③来てくれない医師、④説明不足の医師、⑤効果のあがらない治療、⑥訪ねてくれない友人が、「不安」には、①病院や施設に対する恐れ、②痛みに対する恐れ、③家族や家計についての悩み、④死の恐怖、⑤精神的（霊的）不安・不確実な将来がそれぞれ挙げられる。Twycross & Lack 著、武田文和訳『末期癌患者の診療マニュアル 痛みの対策と症状のコントロール』187頁。
- 21) こうした社会的側面の悩みには、ソーシャルケースワーカーや作業療法士などの対応によって有効な援助を提供し得ると思われる。
- 22) 死の恐怖や霊的不安は、本来宗教的な問題であり、欧米では医療の一環としてキリスト教の神父や牧師による「魂のケア」Seelsorgeを受ける権利が保証されている。但し、近年では欧米でも無宗教を自認する人が増えていることから、従来の「魂のケア」を宗教者だけに任せるのではなく、全医療従事者

がそれに携わるべきであるという議論が進んでいる。日本でも、1999年のWHO健康定義改正案以来、いわゆるスピリチュアル・ケアを医療とどのように連携させるかということが課題となっている。私設のホスピスやビハラー（仏教ホスピス）においては宗教的ケアの取り組みがなされているところも多く、公立の病院やケア施設においても、宗教色を排した「魂のケア」が必要であると考えられている。しかし、宗教的背景や精神構造の違いから、この問題に対する取り組みは未だ医療内部に定着しておらず、専ら医療従事者による個人的な対処に委ねられているのが実情である。

- 23) Weizsäcker はこれを、「身体器官がそれら固有の痛みの言葉 Schmerzsprache を使って語る」と言う (Weizsäcker, S.34.)。
- 24) この両方の立場を統合して存在を論じようとした H. ヨナスは、自らの立場を哲学的生物学と呼び、あらゆる生命体は自己自身の中に大きな矛盾をもった存在、即ち存在と非存在の間の危険な均衡を保ちつつ生存しているものであると述べた上で、人間は生命の発展のあらゆる段階の能力と機能において頂点に立つと見る (Jonas, S.12-16.)。
- 25) 中世以降の、人間の死に対する態度の変遷、近代における死のタブー視については、P. アリエス著『死と歴史』に詳しい。
- 26) 柏木哲夫は、霊的痛み spiritual pain の実質は、不安、苛立ち、孤独感、恐れ、うつ状態、怒りといった不快感に由来する否定的感情の体験を契機として発現する「人生の意味や苦しみの意味への問い、価値体系の変化、罪の意識、死の恐怖、神の存在への追求、死生観への悩み」であり、「痛み」というよりもむしろ「答えのない問題意識」、「実存的苦悩」と言うべきものである、と言う。この見方に立てば、実存的苦悩は、それを通して人生や苦しみの意味を発見し、自らの価値体系を再構築し、罪の意識を明確化して赦しを体験するという、人生における生産的な意味を実現する可能性を内在させているので、それを「痛み」と見なして直ちに緩和あるいは除去することを目指すべきであるとは言えない。柏木、114-120頁。
- 27) 絶えざる自己否定としての物質代謝が生存の絶対的要件であることは、この事情を象徴する事実であると思われる。
- 28) それゆえ、緩和ケアは、痛みが思考力を奪い、生命を消耗させることから患者を守ることを目的とする。それは、霊的ケアの次元から見れば、体力的な消耗を最小限度に抑えつつ、患者が霊的苦悩を十分に生き抜くための措置であると言える。
- 29) 前者は痛みに徹するあり方であり、痛みをスティックに客観視する（感情の支配から脱却して、冷静に痛みを凝視する）、痛みを自己化する（痛みを生涯の伴侶として引き受ける）、痛みの中に自己を没却する（痛みが全身全霊に浸透するまで徹底的に痛みに傾倒する）、あるいはそれらの混合態（自らの痛みを宗祖の受難に重ねて捉えるというような宗教的な思惟等）といったヴァリエーションが考えられる。後者は痛みを排除しようとするあり方であり、大きくは他者の共感と援助を求めて声をあげるか、あるいは自己に引き籠もりつつ沈黙するかに分かれる。いずれにしても、「痛みの労作」は痛みによって生じた調和的なあり方の破綻を收拾しようとするものであると捉えられる。Weizsäcker, S.39; 石井Ⅲ、25-26頁。
- 30) 痛みは生体にとっての異物である。しかも痛むのはその生体自身である。我々は痛みから解放されたいと願うが、痛みは痛む主体にとっては操作不可能な、絶対的な所与である。痛みの異他性 Fremdheit とはこのような事情を指している（石井Ⅰ、157-173頁）。
- 31) Weizsäcker はこの事情を「我々は（痛みを）とらえるのではなく、それ（痛み）にとらえられるのである」と言う (Weizsäcker, S.31.)。
- 32) 医療が本来、生存への根本的欲求を支持し、援助するものであることは、「ヒポクラテスの誓い」に

端的に表現されている通りである。

- 33) 女性的、実践的な学としてのケア倫理を論じたアメリカの心理学者ノディングズは、情動性に基づく他者との関わりを「自然なケアリング」としてケアの原点に置き、「理想的なケアリング」への発展の様相を考察している。ノディングズ著『ケアリング―倫理と道德の教育 女性の観点から』参照。
- 34) 寛解 remission という語は、白血病や悪性リンパ腫、多発性硬化症、統合失調症など、近代医学においては「根治・完治は不可能であるが、治療による一時的な軽快・小康状態はあり得る」と信じられている疾患にのみ特異的に使われる術語である。この語には、本質的病因の除去を目的とする近代医学の価値観が反映されていると思われる。
- 35) 佐藤純一は、近代医学において治療概念が専ら操作的に定義されていることについて詳述している。その諸類型は概ね以下の通りである。①病氣以前の原状への回復、もしくは正常といわれる状態（理念型）への到達（感染症からの回復、先天性心臓疾患の手術による正常化、臓器移植による病的状態からの回復/正常化等）②障害（欠損）を残しての病氣の終熄（除去）（ポリオの回復後に麻痺を残した際や、胃がんにおける胃の全摘治療の際に見られる使い方）③病的状態の制御、病的症状の消失（慢性疾患に対して、本質的病因の除去は行われていないが、自覚症状・他覚症状・検査所見などが正常化した際に見られる使い方）（佐藤、253-254頁）。
- 36) 医療社会学の分野では、医学の定義する病氣と、社会・文化の中で扱われる病氣とを区別するために、前者を disease、後者を illness とし、それぞれ別のカテゴリーで扱うものとする。この二分法の原則的意義を認めた上で、sickness という第3のカテゴリー（「症状」が社会的に病的状態と見なされるに至る過程）を導入し、illness / disease 二分法の「何が病氣か」という視点から、「なぜ、どのようにして病氣とされるか、どう扱われるか」という視点への転換を図る立場もある。佐藤純一著『＜illness / disease＞再考』参照。本稿では illness / disease 二分法に概略従い、それぞれ病氣、疾病という日本語を対応させて用いることとする。
- 37) 第1章1節参照（柳田、51-65頁）。
- 38) これに関連して、「治す」「癒す」には、「治る」「癒える」という自動詞形が対応してある。自動詞としての「治る」「癒える」には、生命現象としての志向性が、他動詞としての「治す」「癒す」には、治療概念が他者の介入を必要とすることが含意されている。この事情については後述する。
- 39) 佐藤、262頁。
- 40) 池田、194-195頁。なお、池田は昨今の民間医療の隆盛および癒しブームに対して批判的な立場を取っている。
- 41) 佐藤、266頁。
- 42) 近代科学は、既に19世紀中葉には時間的前後関係だけで因果性を論じる post hoc 因果論を誤りとし、統計学によって様々な条件の下に生起する現象を定量的に捉えようとしてきたのであるが、近代医学が統計学的な効果判定法に依拠して自然治癒やプラセボを認めるようになったのはそれから約100年後である。医学における科学的かつより洗練された統計学的効果判定法として、今日では DBT（二重盲検法）を使った RCT（無作為化臨床試験）が採用されている。これは、1947年イギリスの MRC（医学研究委員会）によるストレプトマイシンの効果判定に登場したのがその始まりである（佐藤、266-267頁）。
- 43) 現代の癒しブームに対する宗教の立場からの批判にも、これと共通の認識に立つものがある。即ち、人に癒してもらおうとする安直な他力本願は卑しむべき風潮であり、自力で自己の生命力を回復すべきである、あるいは、現代人の疲弊の原因はあくなき欲望追求という人間の宿業にあり、癒しを求めるよりも欲望を捨て、家族の絆を取り戻すことがより本質的な課題である、という意見である。山折

哲雄・ひろさちや著『本当の「癒し」って何?』参照。しかし、現代における問題状況は、既にこのような批判や対処が有効性を持つレベルを遥かに超えた根深さと困難さを呈している。現代人は、痛みによって生じる不安や孤独を身体的な痛みとは無関係に無意識のうちに常に抱え込んでおり、もはや真に充足することが出来なくなっている。今日の癒しブームには、こうした現実にあっても、自己を肯定し、生き抜くための力を得たいと望む切実な欲求が込められていると言えるだろう。

- 44) この傾向は、緩和ケアや終末期医療の質の向上に取り組む現在の行政によっても推進されている。2002年4月に新設された「緩和ケア診療加算」に該当する緩和ケアチームは、身体症状、精神症状の各担当医師、およびホスピスケア経験のある看護師によって構成されることが基準となっている。
- 45) 医療的関与の必要性やその有効性の低い人々を医療機関に収容し日常生活の場から切り離すことが、医療の本義から見ても、また人間の本来のあり方としても望ましいものでないことは、既に様々な方面から指摘されている。例えば広井良典は、著書『ケアを問いなおす』において、現状の終末期医療や福祉政策の問題をこの観点から指摘すると共に、終末期における人間のQOLを確保するためのケアのあり方を社会的な視野において捉えることの重要性とその方法について論じている。
- 46) Weizsäckerの「小さなサマリア人」の逸話には、アート（技術）があらゆる知識に先立つ原作用をなすこと、アートの原点と本質が人と人との接触にあることが、医師－患者関係における本質的な事柄の一つであるとする洞察が込められているという指摘がある（石井Ⅱ、214－216頁）。
- 47) 「心的」mentalと「精神的」spiritualを取って分ける考え方には、心の重層性ないし階層性に着目する視点があると思われる。これは1999年WHO憲章の前文における健康定義の改正案にも見られる考え方であり、欧米のホスピスにおいて、信仰の有無に拘らず、自己の生と死についての苦悩に対応するスピリチュアル・ケアが医療の一部として位置づけられていることにも関わる見方である。心的苦痛が身体的、社会的ケアと連動して解消され得るのに対して、精神的（霊的）苦悩は、単にその消失を目指すのではなく、真の意味で癒される必要があると考えられる。
- 48) 但し、現代医療はスピリチュアルな次元をも含む人間の生の全体性に着目し、それを医療の中に抱え込んでいこうとする方向と、身体やその一部にのみ注目しながら人間の生を断片化し、それを技術的に操作していこうとする方向の両方に進んでおり、WHOはこの矛盾に引き裂かれているという指摘もある。そもそもWHOは、個別の国家や政治によっては「健康」を実現できない人々のために、科学技術の力によってそれを実現することを目的とする機関として、科学技術への素朴で楽観的な信頼をその基盤に持っている。WHOが、出生前診断やそのマス・スクリーニング化を予防と捉えるような（スピリチュアルな次元自体を無視する）生の断片化に加担しつつ、一方ではより全人的な「健康」の理想に向けて「精神的」spiritualな次元までを問題にしようとすることに、その矛盾が端的に現れているという（安藤、84－85頁）。
- 49) 柏木、192－204頁。
- 50) 但し、行政によるホスピス保険診療、緩和ケア診療加算制度には、スピリチュアル・ケアは含まれていない。スピリチュアル・ケアを推進しようとする人々の間からは、身体的、心的、社会的なペインについては一定の水準に達していても、スピリチュアルなペインに対するケアに考慮が払われていない日本のホスピスは、「緩和ケア」の域を出ていないという指摘がある。これに対しては、日本の文化的、宗教的背景、また患者のニーズの面から見て、必ずしもチャプレンや僧侶の関与が必要であるとは思われないという現場の声が強い。ホスピス先進国である欧米の医療現場からも、今日では自覚的に信仰を求める人が減少していることから、スピリチュアルなニーズに対してはチャプレンという特別な職務としてではなく、全医療従事者がそれに当たるべきであるという意見が出されているという。しかし欧米では、少なくともスピリチュアルな次元のペインに関する共通認識は形成されている

と思われるが、日本の場合、医療従事者がその認識を持たないために、いわゆるスピリチュアルなニーズ自体を見逃している可能性も大きいと思われる（キッベス、164-177頁）。以上については、臨床パストラルケア教育研修センターニュースレター第18号参照。

- 51) 第1章で述べた通り、痛みは本来、人間存在が身体次元をその座としていることにおいて不可避の経験であり、痛みのない生を目指すことには非人間化ないし生の否定の契機が潜んでいると思われる。なお、身体的痛みについても、それを除去するのがよいとされるに至ったのは歴史的な考え方の推移によるものであって、医療技術の向上という問題ではないことは、医療社会学の立場からも指摘されている（美馬、56-57頁）。
- 52) そこに宗教家の苦悩が生じること、また、そのことに無自覚な宗教家が自己の宗教の教義や典礼を強制する無礼もあり得ることが現場から報告されている。沖藤典子著「平安なれ命の終り ホスピス病棟からの報告」、柳澤桂子著「やがて幸福の糧になる」参照。
- 53) それゆえ、チーム医療においては、スタッフのそれぞれが患者との接触から汲み取ったものから、患者の実存的状況についての認識をチーム全体が共有することが課題になる。チーム医療に限らず、患者の実存的な問題状況を十分に把握することが出来なければ、不適切な対応に終始せざるを得ないのは当然である。
- 54) それゆえ、随伴と接触による痛みの消失は、近代医療的には、治療（による治癒）cure, treatment とは区別された意味で、寛解 remission あるいは癒し heal と呼ばれ得ると思われる。
- 55) 和辻哲郎の言う「間柄」における自己、M. Buber の「Ich-Du」の Ich は、ともに自己を関係の一方の項として捉える。この場合、倫理は義務の観念からではなく、相手の欲求や窮状への必然的応答として成立し、それが直ちに自己の実現である。和辻哲郎著『人間の学としての倫理学』、M. ブーバー著『我と汝』参照。
- 56) Weizsäcker は、原初の「医師」概念、また原初の「治療」技術は、痛む主体である自己とその痛みとの間に他者の手が割って入ることと、それによって他者の接触という新たな感覚が知覚され、痛みが去る事実のうちにありと述べている（Weizsäcker, S.27-28.）。
- 57) 異他的なものを肯定的に受容することのできないあり方という意味では、自己の痛みにおいて他者の接触を拒み、その痛みを無視しようとする態度もそれと同根であると言える。しかしこの場合、痛みは自己を襲う異他的なものでありながら、痛む時、我々はその痛みと一体になっており、現実には分離することが出来ない。それでもなお自己の痛みを無視しようとする時、一切の接触による連帯は斥けられ、痛む主体は孤立する。
- 58) 但し、随伴者が癒しに与るとは、あくまでも随伴者として癒しの事実を証することができるという意味であって、随伴者自身は、関与の原点たる窮境の地点にとどまらざるを得ない。癒しは、自らの窮境が、自己に限定された特別な意味を持つものとして当人に受容される時に初めて生成するからである。受容とは当人にとっての究極的転換であって、そのような、苦しみの果ての転回に随伴者が便乗して受容言説を弄することは道義的に許されないだけでなく、他者が受容を語ることはそもそも原理的に不可能である。
- 59) 1999年のWHO 憲章の健康定義の改正案では、spiritual と dynamic の二語の追加が発議されたが、スピリチュアル概念に関する議論が紛糾したため、後者については殆ど議論されなかった。しかし、動動的という概念は健康を考える上で不可欠の要件であると思われる。
- 60) ワイルは、ドラッグや瞑想による変性意識状態が、自分の感じ方を選択し、身体との関係を変え、その結果治癒を促進する可能性を指摘し、永沢哲はこれを受けて、健康と疾病が線の関係としては説明できないものであると応じている（ワイル・永沢、8-19頁）。

- 61) 長谷、138-139頁。
- 62) これに関連して言えば、ドイツ語の‘Heil’（救済）の形容詞‘heilig’は「神聖な」という意味であり、癒しが超越的な贈与であることが示唆される。また、仏教における救済は、生老病死をはじめとする世に満ちる苦からの解脱であり、それが癒しとみなされるゆえに、仏陀は仏典において大医王と尊称される。
- 63) 癒しにおける他者の存在意義は、苦しむ人に対する一切の倫理的判断を停止し、その人の深奥に作用している「癒す力」の働きに訴えることによって癒しを促すところにある。随伴者は、痛む人の内から発せられる声を、一切の判断を停止して傾聴しつつ、「癒す力」の発動を待つ。痛む人の声に没我的に傾聴することは、それ自体でその声への応答になっており、語り手と聞き手の位相は日常的な対話とは異なっている。

引用文献

- 安藤：安藤泰至著「現代社会とスピリチュアリティー生の全体性への志向と生の断片化への流れとのはざままで」（国際宗教研究所編『現代宗教』所収）、東京堂出版、2001年。
- 池田：池田光穂著「『癒し論』の文化解剖学」（佐藤純一編、『文化現象としての癒し 民間医療の現在』）、メディカ出版、2000年。
- 池田・佐藤：池田光穂・佐藤純一著「健康ブーム」（黒田浩一郎編『現代医療の社会学』所収）、世界思想社、1995年。
- 石井Ⅰ：石井誠士著『人間の現在 ポストモダニスト試論』、東方出版、1990年。
- 石井Ⅱ：石井誠士著「ケアの現在およびその課題」（日本医学哲学・倫理学会誌第21号所収）、2003年。
- 石井Ⅲ：石井誠士著「痛み－人間学的探求の出立点－」（兵庫県立看護大学紀要第11巻）、2004年。
- 柏木：柏木哲夫著『死にゆく患者の心に聴く－末期医療と人間理解』、中山書店、1996年。
- キッペス：ヴァルデマール・キッペス著『スピリチュアルケア 病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』、サンパウロ、1999年。
- 黒田：黒田浩一郎著「医療社会学の前提」（黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア 現代医療と社会』所収）、世界思想社、2001年。
- 佐藤：佐藤純一著「『治る』と『効く』を語ること 民間医療の有効性」（佐藤純一編、『文化現象としての癒し 民間医療の現在』）、メディカ出版、2000年。
- 柴田：柴田二郎著「医療は宗教である」（多田富雄他著『パラドックスとしての身体』所収）、河出書房新社、1997年。
- 中川：中川米造著『医療の原点』、岩波書店、1996年。
- 長谷：長谷正當著「救いと癒し」（『欲望の哲学－浄土教世界の思想』所収）、法蔵館、2003年。
- 広井：広井良典著『生命と時間 科学・医療・文化の接点』、勁草書房、1994年。
- 美馬：美馬達哉著「史的システムとしての近代医療」（黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア 現代医療と社会』所収）、世界思想社、2001年。
- 柳田：柳田尚著『痛みとは何か』、講談社ブルーバックス、1988年。
- ワイル・永沢：アンドルー・ワイル・永沢哲対談「近代医学を超えて」（多田富雄他著『パラドックスとしての身体』所収）、河出書房新社、1997年。
- Jonas:Hans Jonas, Organismus und Freiheit. Ansätze zu einer philosophischen Biologie. Aus dem Englischen übersetzt vom Verfasser und von K.Dockhorn. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen,1973.
- Twycross&Lack:R.Twycross&S.A.Lack 著、武田文和訳『末期癌患者の診療マニュアル 痛みの対策と症状

のコントロール」、医学書院、1987年。

Weizsäcker: Viktor von Weizsäcker, Die Schmerzen. GS. Bd5., Suhrkamp, 1986.

WHO: WHO 編、武田文和訳『がんの痛みからの解放とバリエーション・ケア』、金原出版株式会社、1993年。

参考文献

P. アリエス著『死と歴史』、みすず書房、1983年。

池見西次郎他編『日本のターミナル・ケア 末期医療の実践』、誠信書房、1984年。

石井誠士著『人間の現在 ポストモダニスト試論』、東方出版、1990年。

石井誠士著『癒しの原理 ホモ・クーランズの哲学』、人文書院、1995年。

上田紀行著『癒しの時代をひらく』、法蔵館、1997年。

沖藤典子著『平安なれ命の終り ホスピス病棟からの報告』、新潮社、1984年。

神谷美恵子著『生きがいについて』、みすず書房、1980年。

W. キッペス著『スピリチュアルケア 病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』、サンパウロ、1999年。

A. クラインマン著 江口重幸他訳『病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学』、誠信書房、1996年。

T. グリーンハル・B. ハーウィッツ編 斎藤清二他監訳『ナラティブ・ベイスド・メディスン 臨床における物語りと対話』、金剛出版、2001年。

佐藤純一著『＜illness / disease＞再考』（『からだの科学』142号）、日本評論社、1988年。

佐藤純一編『文化現象としての癒し 民間医療の現在』、メディカ出版、2000年。

日本医学哲学・倫理学会誌第21号。

竹内敏晴著『癒える力』、晶文社、1999年。

中川米造著『サービスとしての医療－医療のパラダイム転換』、(社) 農山漁村文化協会、1987年。

波平恵美子編著『病むことの文化』、海鳴社、1990年。

広井良典著『ケア学 越境するケアへ』、医学書院、2000年。

広井良典著『ケアを問いなおす』、ちくま新書、1997年。

広井良典著『生命の政治学 福祉国家・エコロジー・生命倫理』岩波書店、2003年。

藤波襄二著『ホリスティックな癒しのために 人間・地球・宇宙を貫くいのちの世界』、日本教文社、1997年。

H. ヘンティン著『操られる死』、時事通信社、2000年。

村田久行著『ケアの思想と対人援助』、川島書店、1994年。

柳澤桂子著『やがて幸福の糧になる』、ポプラ社、2002年。

山折哲雄・ひろさちや共著『本当の「癒し」って何?』、ビジネス社、2000年。

湯浅泰雄著『スピリチュアリティの現在－宗教・倫理・心理の観点』、人文書院、2003年。

臨床パストラルケア教育研修センターニュースレター第18号、2003年。

鷺田清一著『「聴く」ことの力－臨床哲学試論』、TBSブリタニカ、1999年。

和辻哲郎著『人間の学としての倫理学』、岩波書店、1934年。

Buber Martin.: Ich und Du. Lambert Schneider, Heidelberg, 1983.

(植田重雄訳『我と汝』、岩波書店、1979年。)

Milton Mayeroff: On Caring. Harper&Row, 1971.

(田村実・向野宜之訳『ケアの本質』、ゆみる書房、1987年。)

Nel Noddings: Caring. U. of California, 1984.

(立山善康他訳『ケアリングー倫理と道德の教育 女性の観点から』、晃洋書房、1997年。)

Korrelation von Schmerz und Heil(ung) — Für eine Hinterfragung des Gesundheitsbegriffs —

YOSHIDA Rika

Heil ist etwas von außen gegebenes, in dem Sinne, als dass es der andere nicht direkt geben kann. Zugleich sind wir uns selbst "Heilende". Unser Leben, dessen Sitz der Körper ist, manifestiert sich in jedem Augenblick und wird in der Kohärenz der gegebenen Passivität und der aus dem eigenen Werden bestehenden Aktivität als körperliche Existenz aufrechterhalten. Weiterhin zeigt der beim Heil zwischen dem das Heil Empfangenden und dem vermittelnden Dritten stehende Raum, dass unser Leben im Zusammenhang mit anderen Existenzen steht, und deswegen das Heil keine abgeschlossene Erfahrung ist. Während unseres Prozesses des Heils, während dessen Dynamik selbst verkörpert wird, erkennen und empfinden wir die Ehrfurcht vor dem Ursprung des Lebens unmittelbar. Heil ist ein Wunder und zugleich etwas Allgemeines. Medizin beruht ursprünglich auf der Wirkung der Spiritualität. Wenn dies vergessen wird, verliert die Medizin ihr Ziel aus den Augen.